FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N° 242

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Stanislas LIMANOWSKI

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE

L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE DE 1918-1919

(D'après les observations prises dans un service de l'Hôpital de la Pitié).

Président : M. FERNAND BEZANÇON, *Professeur*

PARIS
VIGOT FRERES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Pactériologie	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Docteur J. THIROLOIX

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

En témoignage de ma profonde gratitude.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Docteur Fernand BEZANÇON

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Boucicaut.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

M. le Docteur Thiroloix nous ayant accepté dans son service avec une bienveillance dont nous lui garderons toujours une profonde reconnaissance, il nous a été possible d'étudier les malades atteints de grippe au cours de la dernière épidémie de 1918-1919.

Cette étude n'est malheureusement pas aussi complète que nous l'aurions voulu. Mais l'examen quotidien de nombreux malades, les soins qu'ils nécessitaient, d'une part, et, d'autre part, la pénurie de personnel provoquée par les progrès de l'épidémie, ne nous permirent pas d'effectuer toutes les recherches de laboratoire qui s'imposaient à notre esprit.

Cependant, ayant conservé plus d'une centaine d'observations de nos malades grippés, nous avons demandé à M. le docteur Thiroloix, l'autorisation d'en faire notre sujet de thèse. Et c'est ce travail que nous présentons, dans l'espoir que, malgré les lacunes qu'il renferme, il constituera une modeste contribution à l'étude de la grippe épidémique.

CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET STATISTIQUE DU SERVICE

Les premiers cas de grippe se sont montrés, à Paris, au commencement de Mai 1918; c'est à cette date que M. le Professeur Chauffard signala leur apparition dans les hôpitaux et montra leur analogie avec les cas de grippe à forme nerveuse et fébrile qui caractérisèrent les débuts de l'épidémie de 1889 (1).

Nous ne nous souvenons pas en avoir vu, en Mai, dans notre service, et, les quelques grippes isolées qui furent hospitalisées dans le courant de Juin et de Juillet, ne présentèrent que des formes bénignes, analogues aux formes habituelles de la grippe saisonnière.

Aussi, ne comprenions-nous pas, alors, les appréhensions de M. le Docteur Thiroloix, qui, se souvenant de 1889, nous mettait en garde contre la possibilité d'une diffusion meurtrière de l'épidémie et instituait dans son service, dès le début, des mesures sévères de prophylaxie.

Car si la grippe a pû se répandre en France avec une telle gravité, c'est qu'on ne lui a opposé aucune des

(1) *Société Médicale des Hôpitaux.* Séance du 17 Mai 1918.

précautions habituellement mises en vigueur contre les épidémies venant de l'étranger. Ce n'est point là uniquement la faute des circonstances dans lesquelles est apparue l'invasion microbienne; en réalité, peu de personnes prenait au sérieux cette grippe dite espagnole et, à notre avis, cette insouciance générale du début était surtout due aux deux causes suivantes :

1° Les épidémies grippales, bien que connues et décrites depuis fort longtemps (1) se montrent heureusement à des dates par trop espacées pour frapper à plusieurs reprises une même génération; d'où l'oubli parmi les contemporains d'une épidémie, et l'inconscience du danger chez les jeunes qui n'en avaient pas été témoins.

2° Le terme même de grippe, s'appliquant indistinctement au vulgaire rhume de cerveau et à une maladie infectieuse à diffusion rapide et massive, provoque une confusion regrettable, en soumettant à l'esprit une idée fausse de bénignité au détriment d'une notion réelle de gravité.

Il y aurait donc lieu, peut-être, d'abolir cette synonymie et, si nous insistons sur ce sujet, c'est que souvent nous nous sommes demandé s'il y avait vraiment identité entre la grippe vulgaire, saisonnière, endémique et celle dont nous avons été les témoins.

Seule la découverte de l'agent causal, virus filtrant ou autre, pourrait nous donner la certitude. En attendant,

(1) Les principales épidémies dont nous avons retrouvé le signalement au cours de nos recherches bibliographiques sont celles de 1580, 1658, 1722, 1743, 1775, 1803, 1830-1831, 1836-1837, 1847, 1870, 1889-1890.

il nous semble difficilement admissible qu'une affection bénigne et jamais mortelle par elle-même, en temps ordinaire, puisse, même sous l'influence de ce que Dieulafoy appelait le « génie épidémique », donner lieu à un pareil tableau de gravité et de mortalité. Nous serions donc portés à croire à l'existence, sous le nom de grippe, de deux affections différentes et nous avons recherché les faits pouvant plaider en faveur de cette dissociation.

A) La grippe saisonnière frappe certaines personnes tous les hivers, à plusieurs reprises parfois dans le courant de la même année et cela sans distinction d'âge. Il ne semble donc point que cette affection puisse conférer une immunité même temporaire. Or, la grippe épidémique nous a frappé par sa prédilection marquée pour les adultes jeunes. Dans notre statistique qui comprend 116 observations, 18 malades seulement, soit 15,5 p. 100 avaient au-dessus de 35 ans; par contre, nous notons :

19	**malades**	**de 15 à 20 ans**
65	**—**	**de 21 à 30 ans, soit 56 p. 100**
14	**—**	**de 31 à 35 ans**

soit 98 malades de 15 à 35 ans, c'est-à-dire 84,5 p. 100.

Les individus de plus de 35 ans ont donc été particulièrement respectés par la contagion grippale et ce fait peut s'expliquer par la possibilité d'une immunisation acquise au cours d'une atteinte antérieure, lors de l'épidémie de 1889 (1). De plus, aucun de nos malades n'a

(1) *Académie de médecine.* Séance du 1er Octobre 1918 : communication de M. le Dr Netter. Séance du 15 Octobre 1918 : Rapport de M. le Professeur Bezançon.

présenté de rechute et dans l'interrogatoire nous n'avons trouvé aucun indice d'atteintes antérieures. Il est plus difficile d'indiquer la durée de cette immunisation. Elle nous a semblé cependant suffisamment prolongée pour mettre les malades à l'abri d'une seconde atteinte au cours de la même épidémie. Or, la durée de l'épidémie de 1918-1919 a été environ d'une année.

B) D'autre part, un des agents les plus habituellement mis en évidence dans les cas de grippe saisonnière, c'est le bacille de Pfeiffer. Or, au cours de l'épidémie, ce bacille semble s'être montré assez rarement et, en si petite quantité, que, pour la plupart des auteurs, sa présence ne peut lui faire attribuer qu'un rôle secondaire infime. Nous ne l'avons jamais rencontré dans les quelques préparations que nous avons colorées.

C) Enfin, nous avons été frappé par l'évolution anormale de ce que l'on appelle les complications pulmonaires de la grippe. Quant au cours d'une rougeole apparaît une complication thoracique, celle-ci est nette, bien définie au point de vue clinique et son évolution, quoique plus pénible, poursuit cependant sa marche habituelle. Quelle différence avec les complications pulmonaires de la grippe! Point de fixité clinique. Un malade entrant avec un peu de congestion, évolue en 24 heures, vers la broncho-pneumonie bilatérale. Chez un autre, les noyaux broncho-pneumoniques semblent se déplacer chaque jour d'un lobe à un autre, d'un poumon à l'autre. Et souvent, ces complications apparaissent brusquement, d'emblée. La grippe et sa complication se sont abattues en même temps sur le malade.

Même irrégularité au point de vue de l'évolution. Nous avons vu des broncho-pneumonies à marche foudroyante et par contre, des formes rappelant la pneumonie, dont tous les signes persistaient d'une façon déconcertante pendant plus de 3 et 4 semaines.

Si nous ajoutons que ces complications respiratoires ne peuvent s'expliquer par les rigueurs de la saison, attendu qu'elles se montrèrent également aux moments où la température était des plus douces, nous serons tenté de les considérer non seulement comme des complications, mais même comme une partie intégrante de la maladie et cela d'autant plus, que toutes nos observations, même dans les cas les plus bénins, signalent des symptômes pulmonaires.

Séparant donc la grippe épidémique de la grippe saisonnière, nous définirons la première : *une affection microbienne épidémique, à contagion massive et rapide, à prédominance pulmonaire et capable de conférer une certaine immunité. Le pronostic sera en rapport avec la symptomatologie pulmonaire.*

A ces considérations générales nous ajouterons cette remarque que beaucoup de nos grippés s'étaient déplacés peu de temps avant d'être malades. Mais il nous est difficile de préciser le rôle que peuvent jouer en l'occurrence la fatigue du voyage et le changement d'atmosphère.

Les cas de grippe, plus fréquents déjà en Août 1918, montrèrent une aggravation croissante en Septembre et en Octobre. A cette période (Octobre-Novembre) correspond la plus forte mortalité tant à l'hôpital qu'au

dehors. C'est aussi la phase d'affolement, la population croyant de plus en plus à une épidémie de peste ou de choléra. Le 1er Octobre, MM. les Docteurs Bezançon et Wurtz présentaient à l'Académie de Médecine les résultats de l'enquête qu'ils avaient menée dans les hôpitaux parisiens et certifiaient la nature grippale de l'épidémie. Pour justifier la nécessité de cette affirmation, il fallait vraiment que les ravages causés par l'épidémie aient pris des proportions suspectes. Et, en effet, dans certains quartiers, la mortalité était effroyable, des familles entières étaient atteintes et bientôt il y eut pénurie de médecins et de médicaments, notamment de quinine.

Dans les hôpitaux, ce fut une période d'encombrement. Jusqu'en Octobre, les malades atteints de grippe étaient mêlés aux autres malades. Mais les chefs de service ayant insisté sur la nécessité de leur isolement, des salles spéciales furent désignées et c'est ainsi que, vers la fin du mois, une des salles du service de M. le Docteur Thiroloix, fut réservée aux femmes grippées. En réalité, deux salles étaient nécessaires, l'une pour les cas bénins et l'autre pour les cas graves, *la gravité de la contagion semblant croître avec la virulence du milieu*. Mais cette séparation ne fut que rarement possible.

En décroissance de Novembre 1918 à Janvier 1919, il y eut une recrudescence marquée de l'épidémie en Février et Mars 1919, mais avec une mortalité de plus en plus faible et enfin, passé le mois de Mars, les cas de grippe disparurent petit à petit.

Les observations que nous avons recueillies vont du début de Septembre 1918 à la fin de Mars 1919. En essayant de les classer, il nous a été souvent difficile de constituer des catégories bien définies. Nous avons donc pris le parti de considérer comme formes pulmonaires légères les cas accompagnés de bronchite ou de congestion, et nous avons rangé dans les formes graves, ceux qui nous présentaient des noyaux de broncho-pneumonie ou de pneumonie. Nous y avons ajouté toutefois les cas de congestion massive à tendance asphyxiante et ceux décrits sous le nom de forme toxémique. Enfin, nous avons mis à part les complications nettement en rapport avec l'infection grippale.

Nous avons obtenu ainsi le tableau suivant :

		FORMES PULMONAIRES		COMPLICATIONS
		LÉGÈRES	GRAVES	
Septembre.	18 malades	11	6	1
Octobre...	48 —	15	30 dont 14 décès	3
Novembre.	8 —	4	4 dont 1 décès	0
Décembre.	5 —	1	2	2
Janvier....	5 —	1	3 dont 3 décès	1
Février....	17 —	7	6 dont 3 décès	4
Mars.....	15 —	6	4 dont 1 décès	5
Total.	116 malades	45	55 dont 22 décès	16

soit 40 p. 100 de mortalité dans les formes graves et 18,9 p. 100 de mortalité au total. Les 16 cas de complications se répartissent en 4 complications pleurales, 2 hépatiques, 6 rénales, 2 mentales, 2 cutanées et 1 gastro-intestinale (Une des malades présentait en

même temps des troubles mentaux et un érythème).

Au point de vue du terrain, nous avons eu une spécifique en pleine période secondaire, 5 cardiaques, 1 asthmatique, 4 tuberculeuses et 8 femmes enceintes. Une de nos cardiaques et la malade atteinte d'asthme ont succombé. D'autre part, la grippe, comme toutes les maladies infectieuses, a été naturellement très meurtrière pour les alcooliques.

Nous allons présenter maintenant quelques-unes de nos observations. Nous le ferons dans l'ordre suivant : formes légères, formes graves, complications. Puis nous terminerons par quelques mots de thérapeutique et de prophylaxie.

CHAPITRE II

FORMES LÉGÈRES DE LA GRIPPE ÉPIDÉMIQUE

Les formes légères de la grippe se sont rencontrées soit chez des malades contaminés à l'hôpital, avant la période d'isolement en salle spéciale, soit parmi le personnel hospitalier qui, plus averti, s'alitait et se faisait soigner dès les premiers malaises.

Un fait net, par conséquent, c'est que *la grippe est d'autant plus bénigne, qu'elle est plus rapidement traitée* et, si certaines formes foudroyantes semblent contredire cette affirmation, c'est, qu'en réalité, elles ne correspondent qu'à la période ultime d'une infection à virulence exaltée, à marche extrêmement rapide, dont les périodes prodromiques, de début et d'état, ont passé plus ou moins inaperçues.

Ainsi, sur nos 45 grippes légères, 9 (presque toutes des infirmières de la Pitié ou de la Salpétrière) sont entrées dès le 1er jour, sur la simple donnée d'un vague malaise contrôlé par une température plus élevée que la normale. 17 malades sont entrés au cours du 2e jour, 6 au 3e, 4 au 4e, 3 au 5e et 6 du 6e au 8e jour. Donc,

environ les 58 p. 100 de nos grippes légères ont pû être soignées dans les deux premiers jours de leur maladie. La plupart ont eu une évolution extrêmement bénigne, se rapprochant beaucoup de celle de la grippe saisonnière, mais, en différant cependant par plusieurs caractères spéciaux dont les principaux furent l'absence de catarrhe oculo-nasal et l'existence constante des phénomènes pulmonaires.

Il est hors de doute que l'incubation de la grippe est très courte (24 heures en moyenne) et que son début est brusque. Les symptômes les plus constants de ce début ont été : la céphalalgie, la courbature, les frissonnements, l'élévation thermique, l'accélération du pouls et une sensation pénible, particulière, de malaise général.

La céphalalgie, plus ou moins intense, prédomine surtout dans la région frontale. Parfois elle se localise à la région occipitale, mais presque toujours elle s'accompagne d'une sensation de striction, au niveau des tempes, qui s'accentue dans la position assise ou debout.

La courbature est généralisée. Les malades ont l'impression d'avoir été roués de coups, surtout au niveau des bras et des cuisses. Ils éprouvent dans les muscles cette lassitude douloureuse qui suit ordinairement les efforts violents ou disproportionnés. Ils se plaignent d'arthralgies et de rachialgie; en un mot, ils ont mal partout.

La nuit, il y a insomnie.

Il n'y a pas de frisson net; ce sont plutôt des frissonnements courts, superficiels, peu intenses, mais répétés,

avec des sensations alternes de chaleur et de froid accompagnées quelquefois de sueurs. Le facies parfois vultueux, revêt ordinairement l'aspect classique décrit par Sauvage.

Nous avons déjà signalé l'absence de coryza et de larmoiement dans la période d'état. Ce fait a été corroboré par plusieurs communications, entre autres par celle de M. Gouget, à la Société Médicale des Hôpitaux (séance du 16 Mai 1919). M. Gouget signale de plus la rareté des sinusites et des otites malgré la fréquence des angines.

Dans notre service, les angines ont été assez rares au cours des formes bénignes. Elles consistaient en une rougeur diffuse de la muqueuse pharyngienne légèrement œdématiée surtout au niveau des piliers antérieurs et de la luette. Les amygdales quelquefois très volumineuses, ne présentaient ni points blancs, ni fausses membranes.

L'appareil digestif est resté presque toujours indemne.

Point de vomissements ; seuls quelques rares malades ont éprouvé des nausées. Par contre, l'anorexie était la règle. La constipation se montra bien plus fréquemment que la diarrhée.

La langue des grippés revêt un aspect très caractéristique qui nous le faisait désigner sous le nom de langue grippale. Saburrale comme dans l'embarras gastrique, elle est opaline, blanc-nacré sur sa face supérieure et de plus, légèrement rôtie sur tout son pourtour. Généralement humide, elle s'associe parfois à la sécheresse générale de la gorge.

Les urines sont un peu foncées, mais normales comme quantité. Il y a quelquefois une légère albuminurie passagère.

La température est ordinairement élevée, à 39°, 40° ou 41°, sans qu'on puisse baser sur elle le pronostic. Elle est rarement en plateau; le plus souvent, elle est irrégulière, présentant des oscillations de un à deux degrés. Ces oscillations prennent souvent le type inverse, avec rémission le soir et réascension le matin. Le V grippal est assez fréquent; lorsqu'il existe, la défervescence est retardée de 2 ou 3 jours. En général, la température revient à la normale vers le 7e jour, soit par une chute brusque, soit par une descente en lysis.

Nous avons observé un cas, dans lequel la température à 38° au début, s'est élevée progressivement de 38° à 40°6, pour retomber, brusquement, à 37°, au 7e jour de la maladie.

Le pouls est presque toujours en rapport avec l'élévation thermique. On note de 80 à 130 pulsations. Bien frappé habituellement, il peut être filiforme, petit et dépressible. Quelquefois il y a hypotension, mais ce symptôme n'a pas présenté chez nos malades la fréquence et l'importance que certains auteurs lui ont attribuées.

Comme symptôme tardif, à la fin de la maladie, nous avons noté, à plusieurs reprises, l'apparition d'un herpès labio-nasal.

L'appareil respiratoire participe, *dès le début, avec plus ou moins d'intensité*, au cadre clinique de la grippe.

L'inflammation des voies respiratoires supérieures

est rare; les laryngites et les trachéites que nous avons observées chez nos malades tuberculeuses étaient liées vraisemblablement à des lésions bacillaires chroniques.

Dans les formes pulmonaires bénignes, nous avons noté des bronchites simples, mais le plus souvent, l'infection gagnant le parenchyme pulmonaire, à ces lésions de bronchite sont venus s'associer des symptômes de congestion pulmonaire d'autant plus intenses que leur apparition était plus tardive. La dyspnée est en général peu marquée dans les formes bénignes. La cyanose, si elle existe, n'est que passagère.

Par contre, les points de côté sont presque constants et tout à fait disproportionnés à l'étendue des lésions. C'est en somme le tableau de la congestion type Woillez. Dans d'autres cas, très bénins, la bronchite manquait totalement et les malades ne présentaient qu'une légère congestion basale unilatérale.

Comme types de formes légères bénignes, nous citerons les 2 observations suivantes :

Obs. I. — Forme bronchique. Mme Th. D..., 24 ans, ménagère. Entrée le 11 Octobre 1918. Malade depuis le 9 Octobre. Début par angine et céphalée violente. A l'entrée : frissons, courbature, point de côté à gauche, asthénie marquée. Température à l'entrée : 40°4, pouls 108, petit, filiforme. Langue de grippe. Constipation. Pas d'albumine. A l'auscultation, gros râles expiratoires bronchiques disséminés. A la base gauche, quelques râles fins et légère submatité.

Le 13 Octobre, les signes de congestion persistent, mais la température s'abaisse à 38°. Le 14, elle atteint 37° et s'y

maintient sans oscillations. Les signes pulmonaires ont alors presque complètement disparu, sauf quelques râles fins à gauche qui persistent. La malade sort de l'hôpital le 17 Octobre.

Obs. II. – Congestion, type Woillez. Mlle R. P..., 18 ans. Entrée le 12 Octobre 1918. Malade depuis la veille. Se plaint de céphalée, de courbature, de nausées et d'un violent point de côté à gauche. Toux fréquente et pénible. Langue de grippe, constipation depuis 4 jours. Réglée il y a 15 jours, a vu réapparaître ses règles ce matin. Température à l'entrée : 39°, pouls 101.

A l'auscultation, respiration rude aux 2 bases, surtout à droite. Pas de râles, ni de sibilances. Sonorité normale. Le 13 et le 14, la température baisse régulièrement pour atteindre 37° le 15 au matin. Mais la toux persiste, il y a même un peu de dyspnée et l'expectoration muqueuse devient légèrement spumeuse et rosée. Le 16, la température est remontée brusquement à 39°4. A l'auscultation, il y a un léger souffle doux, inspiratoire et expiratoire, aux 2 bases avec quelques râles crépitants. Les vibrations vocales sont diminuées et les 2 bases sont submates. Le 17, la température est revenue à 37°6; tous les signes s'atténuent. Le lendemain, la malade a 37°. Elle sort de l'hôpital le 21 Octobre.

Si le retour de la température à la normale constitue la fin de la maladie, nous voyons que la grippe, dans ses formes bénignes, évolue rapidement, la durée de la pyrexie n'étant quelquefois que de 3 jours et dépassant rarement le 8e jour.

Mais si l'on s'en tient aux symptômes, on est surpris de la persistance des phénomènes pulmonaires. Alors que tous les autres signes ont disparu, que la température

est retombée à 37° depuis plusieurs jours, on retrouve à l'auscultation les signes de bronchite ou de congestion aussi nets que dans les journées précédant la défervescence. Et cette *lenteur que met l'appareil pulmonaire pour revenir à son état normal* est une des caractéristiques de la grippe.

Il semble que le poumon participe à cette *asthénie générale* du malade qui constitue la seconde caractéristique de l'affection. L'asthénie grippale peut apparaître d'emblée, mais, le plus souvent, elle ne se montre qu'au cours de la convalescence. Elle est pénible, le malade perdant tout espoir de reconquérir ses forces. Elle est tenace, car nous l'avons vue persister chez des infirmières de notre service plus de 6 mois après l'évolution d'une grippe bénigne. Enfin elle est alarmante, car elle semble être le facteur principal de prédisposition aux infections secondaires, et notamment à la tuberculose.

Ces deux caractéristiques se retrouvent, bien plus accentuées dans la congestion grippale spléno-pneumonique, forme transitoire entre les grippes graves et les grippes légères, mais que nous rattacherons à ces dernières à cause de son évolution constante vers la guérison. Comme dans la maladie de Grancher, l'hyperémie pulmonaire, par son expression clinique, simule ici la pleurésie. Mais, alors que la congestion aiguë primitive est unilatérale et siège presque toujours à gauche ; au cours de la grippe elle est souvent bilatérale et revêt bien plus nettement les allures d'une pneumococcie atténuée. La forme spléno-pneumonique,

fréquente, s'est rencontrée surtout chez les malades entrés à l'hôpital du 5e au 8e jour de leur affection.

L'interrogatoire a retrouvé tous les signes habituels du début de la grippe. Mais ici, la cyanose est plus fréquente. Elle est surtout marquée aux lèvres, au nez, aux oreilles et aux extrémités des membres. La langue est bien plus souvent sèche et les urines sont légèrement diminuées dans leur quantité. Les malades ont parfois des bourdonnements d'oreilles et des épistaxis. La température se maintient facilement à 40°, 41°, puis elle redescend avec de grandes oscillations pour ne revenir à la normale que vers le 12e ou le 15e jour. L'hypotension est plus marquée, le pouls est rarement au-dessous de 100, tout en ne dépassant pas 130 pulsations, enfin l'adynamie est plus accentuée. La dyspnée est assez vive et le point de côté, uni ou bilatéral, est très violent. La toux est pénible; c'est une petite toux sèche et quinteuse qui s'accompagne d'une expectoration purulente, parfois teintée de sang. Les signes pulmonaires simulent ceux de la pleurésie, comme le montre l'observation suivante :

Obs III. — Congestion grippale spléno-pneumonique. Mme Marie L..., 22 ans, sans profession. Entrée le 24 Février 1918. Malade depuis 8 jours.

Début par céphalée, courbature, frissons, angine et point de côté violent à droite. A l'entrée, 40°8 de température et 120 pulsations. Le cœur, très rapide, présente des systoles avortées. Cyanose de la face et des extrémités. Langue légèrement rôtie. Toux continuelle. Rien du côté de l'appareil digestif et pas d'albumine.

A la percussion, matité absolue sur les 2/3 du poumon droit et à la base gauche. La matité hépatique reste normale et, à gauche, l'espace de Traube est sonore.

A la palpation, les vibrations vocales sont abolies à la base droite. Elles réapparaissent graduellement au fur et à mesure que l'on remonte vers le sommet.

A l'auscultation, respiration très soufflante à la base gauche, sans foyer déterminé. A droite, souffle tubo-amphorique sur toute la hauteur du poumon, appréciable surtout pendant l'expiration. Egophonie et pectoriloquie aphone. A la base, après la toux, on perçoit quelques crépitations à l'inspiration. La ponction exploratrice à droite reste blanche.

Du 24 au 26 Février, la température se maintient à 40°6. La cyanose et la dyspnée persistent. On note 42 respirations à la minute. Le 26, à l'auscultation des 2 poumons, on perçoit le souffle tubo-amphorique, mais il semble moins net à gauche. Le 28, la température est à 37 degrés, mais elle remonte à 38 degrés le 1er Mars. Du 1er au 5 Mars, la fièvre oscille entre 37 et 38 degrés, les symptômes pulmonaires s'atténuent cependant. Le 4 Mars, la malade se plaignant de son côté gauche, une ponction exploratrice est faite. Elle reste blanche. Le 5, la température est revenue à la normale et s'y maintient. A cette date, l'auscultation montre la persistance du souffle et de la matité à gauche. A droite, par contre, le souffle a disparu et l'on ne perçoit plus que de fines crépitations à la base. La toux a cessé, l'expectoration, peu abondante du reste jusqu'alors, devient nulle.

A partir du 6, tous les symptômes vont en s'atténuant et le 11 Mars, la malade quitte l'hôpital.

En somme, dans ces congestions à type splénopneumonique, les symptômes sont variables et fugaces dans leur intensité, mais la durée de leur évolution

est plus longue que dans les formes précédemment citées. Elle nécessite un minimum de 2 semaines. C'est dire qu'elle comportera, à plus forte raison, les mêmes réserves que celles formulées à propos des formes bénignes de la grippe.

CHAPITRE III

FORMES GRAVES DE LA GRIPPE ÉPIDÉMIQUE

Les formes graves de la grippe, signalées déjà en Août 1918, ont augmenté de fréquence à partir de la dernière semaine de Septembre. Ce sont elles qui ont provoqué la grande mortalité des mois d'Octobre 1918, de Janvier et de Février 1919.

Dans certains cas, leur apparition tardive a pu les faire considérer comme de véritables complications, survenues au cours ou à la fin d'une grippe et annoncées par une réascension nette de la courbe thermique. Ces complications, apparaissant du 8e au 12e jour de la maladie, se traduisaient par les symptômes propres au cadre clinique d'une broncho-pneumonie ou d'une pneumonie. En somme, dans ces cas-là, le premier rôle appartenait nettement aux microbes pathogènes du poumon et la période grippale n'avait fait que stimuler leur virulence et préparer le terrain. Mais, d'après nos observations, ces cas ont été très rares et, de plus, leur évolution a été relativement bénigne, la complication guérissant comme avait guéri la grippe.

La majorité des formes pulmonaires graves que nous avons observées différait nettement de ces quelques cas par la gravité de l'évolution et par le *rôle primordial qui semble devoir être attribué à l'agent même de la grippe.*

Déjà en 1886 (1), M. Ménétrier avait été frappé du fait que, lorsque la pneumonie vient se mêler à la grippe, elle ne survient pas seulement à titre de complication, mais qu'elle apparaît aussi primitivement chez d'autres sujets. Et l'auteur concluait à l'éclosion d'une épidémie concomitante de pneumonie, et à l'existence simultanée de deux affections indépendantes, quoique présentant de grandes affinités l'une avec l'autre.

Or, nos observations montrent de nombreux cas dans lesquels il est difficile, sinon impossible, de séparer l'évolution grippale pure de l'évolution de la pneumopathie associée. Il faudrait donc admettre également, qu'en Octobre 1918, à l'épidémie de grippe s'est surajoutée une épidémie de pneumonie et de broncho-pneumonie, puisque, à cette époque, les deux affections semblaient s'abattre en même temps sur les malades. Mais, si l'on considère les différences que ces deux affections présentent dans leur contagiosité et dans la durée de l'incubation, il sera difficile d'admettre une inoculation simultanée de virus grippal et de pneumocoque. D'autre part, les pneumopathies qui ont marqué l'épidémie de 1918-1919 n'offrent jamais le tableau clinique nettement défini des pneumonies ou broncho-

(1) Ménétrier. Grippe et pneumonie en 1886. *Thèse de Paris*, 1886.

pneumonies habituelles. Par contre, elles ont entre elles une multitude de points communs qui leur donnent une physionomie toute particulière et toute spéciale. Il est donc naturel de se demander *si le virus grippal, lorsque sa virulence est exaltée, ne possède pas par lui-même, et sans l'intervention d'agents secondaires, la propriété de provoquer des pneumopathies spécifiques grippales.* On comprendrait mieux ainsi la rapidité foudroyante de ces formes pulmonaires graves, en rapport avec une virulence exaltée de l'agent causal, et le fait que des individus, en contact avec des broncho-pneumonies grippales, contractaient d'emblée une broncho-pneumonie identique. Quant à la participation des pneumocoques et des streptocoques, indéniable dans certains cas, elle pourrait s'expliquer par l'exaltation du microbisme latent, donnant lieu à une action associée, mais non prépondérante, en présence d'un milieu rendu favorable par les lésions propres de la grippe.

Tant que l'agent causal de la grippe nous échappera, il sera difficile de spécifier les lésions qui sont directement sous sa dépendance. Cependant, en comparant les formes vues avec les pneumopathies habituelles, il semble qu'elles en diffèrent par quelques caractères assez nets.

La grippe est, avant tout, une maladie congestive. De même qu'elle donne lieu au catarrhe trachéo-bronchique, elle peut, par progression, provoquer une congestion intense du poumon, d'origine toxi-infectieuse. La cyanose et les hémorragies fréquentes prouvent

l'importance des troubles vaso-moteurs engendrés par le virus grippal. Le deuxième caractère, c'est l'ampleur et l'extrême diffusion de ses lésions. Limitées aux bronches, elles donnent, dans certains cas, le tableau asphyxique de la bronchite capillaire. Aux poumons, la congestion massive aboutira à l'œdème suraigu. Des noyaux pneumoniques ou broncho-pneumoniques pourront apparaître simultanément, mais par extraordinaire, le plus souvent, leur évolution sera fugace, leur localisation instable et ce qui dominera toujours, ce qui persistera du début à la fin de la maladie, ce sera *la lésion congestive* et, dans les formes les plus graves, l'*œdème*. Dans les formes suraiguës, la congestion englobera l'appareil respiratoire tout entier. Les râles crépitants seront perçus, à l'auscultation, non seulement aux bases, mais dans toute l'étendue du poumon, en avant comme en arrière. En avant, ils domineront les bruits du cœur et seront perceptibles, avec la même intensité, jusqu'aux confins des languettes pulmonaires antérieures. *Ayant constaté que l'existence, à l'auscultation, des râles crépitants dans ces régions habituellement indemnes constituait un symptôme d'extrême gravité, nous avons pris l'habitude de rechercher ce signe chez tous nos malades et, lorsque nous le trouvions, de conclure à un pronostic fatal, rarement démenti.* Enfin, l'asthénie générale et la persistance des symptômes pulmonaires longtemps après la défervescence, contribuent à accuser la physionomie spéciale des pneumopathies grippales, dont la *gravité semble donc en rapport, non point avec la nature, mais avec l'étendue des lésions*,

cette étendue augmentant elle-même avec la virulence de l'épidémie.

Les grippes graves débutent comme les grippes légères, mais l'intensité de tous les symptômes est accrue. C'est ainsi que, parfois, il y a une véritable sidération du malade qui, la veille bien portant, est pris soudainement d'une dyspnée intense, d'anxiété et de faiblesse extrêmes. Ce sont ces cas à cyanose précoce, à tendance au collapsus, qui ont éveillé les soupçons de peste et de choléra.

La céphalée, la courbature, les frissons passent au second plan; ce qui domine, c'est l'état d'asphyxie. Le malade est assis dans son lit, la face vultueuse et les narines pincées. Sa respiration est courte, superficielle, accélérée, pénible et si bruyante qu'il nous semblait, parfois, entendre à distance les signes stéthoscopiques pulmonaires du malade. Au début, les malades sont plutôt déprimés; ils répondent difficilement à l'interrogatoire. Mais bientôt, dans les formes suraiguës, chez les alcooliques surtout, il y a du délire, de l'agitation et l'apparition de ces symptômes aggrave le pronostic. Les épistaxis ne sont pas rares et parfois même il y a de véritables hémoptysies. Du côté de l'appareil digestif, les troubles sont plus marqués; il y a quelquefois des vomissements, très souvent de la diarrhée. Le ventre, légèrement ballonné, peut être douloureux à la palpation. La rate est fréquemment hypertrophiée. La langue n'a plus l'aspect grippal des formes bénignes. Elle est rôtie, sèche, brunâtre. L'haleine est fétide; les lèvres sont couvertes de fuliginosités; il y a même

assez souvent du muguet, mais nous n'avons jamais remarqué d'enanthème. L'extrême sécheresse de la gorge rend la déglutition très pénible. Enfin, il y a généralement de l'oligurie, parfois même de l'anurie. De plus, les urines sont foncées et troubles. L'albuminurie n'est pas rare.

La température est élevée, d'emblée. Quelquefois elle oscille entre 39° et 40°, mais, dans les formes suraiguës, elle a tendance à se maintenir en plateau, à 40°, parfois même au-dessus. Dans un cas, nous l'avons vue monter progressivement à partir de 40° et atteindre au 3e jour et quelques heures avant la mort, 41°6. La durée de la période fébrile est très variable, mais dans les formes terminées par la guérison, la défervescence est rarement brusque; elle se fait par oscillations successives qui peuvent prolonger plus ou moins longtemps la durée de la maladie. Le pouls suit la température; nous l'avons vu présenter jusqu'à 160 pulsations. Au point de vue du pronostic, il constitue un meilleur indice que la température. Ainsi, dans un cas terminé par la mort, alors que la fièvre baissait, le pouls se maintenait à plus de 140. Il peut donc y avoir quelquefois, et vers la fin de la maladie, dissociation entre la courbe thermique et celle du pouls. C'est sur cette dernière qu'il faudra se baser pour le traitement et pour le pronostic. La petitesse du pouls, l'accélération cardiaque sont presque constantes et les bruits du cœur rappellent souvent le rythme fœtal.

Au point de vue pulmonaire, on peut classer les formes graves de la grippe en deux catégories. Dans la

première, les lésions sont celles de la congestion, de l'œdème, et la gravité est sous la dépendance de l'étendue des lésions. Dans la deuxième catégorie, on peut réunir les cas à foyers de pneumonie ou de broncho-pneumonie, en un mot tous les cas dans lesquels des foyers de splénisation ou d'hépatisation se joignent aux lésions de congestion. La gravité de ces cas est en rapport avec le nombre des foyers et la coexistence de l'œdème pulmonaire. Nous n'avons pas observé de pneumonie franche au cours de la grippe; il s'agissait toujours de broncho-pneumonie pseudo-lobaire, aux lésions typiques de laquelle venaient se surajouter de nombreux noyaux de pneumonie lobulaire. La forme la plus commune, c'est la broncho-pneumonie à noyaux disséminés. Enfin ce sont les congestions œdémateuses massives et les broncho-pneumonies pseudo-lobaires qui ont causé la plus forte mortalité, comme dans l'épidémie de 1837 (1).

A l'auscultation, on retrouve généralement tous les symptômes correspondant à la nature des lésions. Mais, dans certains cas, les signes pulmonaires, presque nuls, ne semblaient guère en rapport avec la dyspnée et la cyanose des malades. On a donné à ces cas le nom de forme toxémique. En réalité, l'absence des symptômes pulmonaires peut s'expliquer par la bronchoplégie et l'inondation alvéolaire. Les poumons ne pouvant plus réagir, la respiration est en quelque sorte bloquée, d'où augmentation de la dyspnée, de la cyanose et termi-

(1) Gohier. Essai sur la grippe de 1837. *Thèse de Paris.*

naison fatale. Du reste, l'auscultation n'est jamais tout à fait silencieuse et on perçoit toujours, aux bases ou en avant, des râles plus ou moins fins d'œdème aigu.

L'expectoration dans les formes graves est assez caractéristique. Elle participe plus de la fluxion œdémateuse que des foyers de broncho-pneumonie. La plupart du temps, les malades crachent beaucoup, et l'expectoration est muqueuse, aérée, rosée ou striée de sang. Elle n'est pas rouillée comme dans la pneumonie, mais franchement sanguinolente. Parfois, il y a de véritables hémoptysies et l'on peut croire à la tuberculose, d'autant plus que souvent, des signes cavitaires nets coexistent.

Voici quelques observations de formes graves de la grippe :

Obs. IV. — Forme broncho-pneumonique avec congestion ayant évolué vers la guérison.

Mme B... Louise, 20 ans, femme de chambre. Entrée le 28 Octobre 1918. Malade depuis 4 jours. Début par céphalée, frissons, courbature, vomissements, toux et point de côté gauche. A l'entrée, on note de la dyspnée, de la cyanose aux extrémités et de l'éréthisme cardiaque. Le pouls est à 108, la température à 39°. La malade a de légers frissons et se plaint de son point de côté que chaque secousse de toux rend plus violent. Le ventre est ballonné, la langue sèche et rôtie. La tension artérielle est de 12. La malade ne crache presque pas, la dyspnée est marquée, on compte 36 respirations à la minute. La toux est pénible et fréquente. Il n'y a point d'albumine.

A la percussion, on note de la submatité aux bases et à la partie moyenne du poumon gauche.

A l'auscultation, la respiration est très soufflante à gauche. A droite, il y a de gros râles bronchiques et des sibilances. Enfin, aux 2 bases, on perçoit des râles sous-crépitants.

Le 30 Octobre, la température est de 39°8, le pouls de 114. Les râles sous-crépitants ont envahi tout le poumon droit. A gauche, on entend des râles crépitants et une ébauche de souffle, à la partie moyenne. Ce souffle devient net le lendemain, puis il s'atténue et le 1er Novembre, la température commence à baisser. A 37° le 2, elle oscille du 2 au 12 entre 37° et 38°. Les râles de congestion persistent seuls, les signes généraux ont totalement disparu.

La malade sort le 17, guérie, mais conservant des râles aux 2 bases.

Obs. V. — Broncho-pneumonie à foyers disséminés.

Mme T. D. Louise, 34 ans, sans profession. Entrée le 26 Octobre 1918. Malade depuis le 22 Octobre. Début habituel. A l'entrée, la malade se plaint surtout de la gorge et d'un léger point de côté à droite. La dyspnée est assez accentuée, la toux pénible, la langue rôtie, et il y a de la cyanose de la face et des extrémités.

La température est de 40°2, le pouls de 128. Aux poumons, la percussion dénote une légère submatité au 1/3 moyen du poumon droit et à l'auscultation, on trouve à ce niveau, un foyer de broncho-pneumonie avec souffle et râles muqueux. Le poumon gauche respire mal, mais ne présente rien de net. La température baisse le lendemain et atteint 38° le 28, les signes semblent s'atténuer, le souffle a disparu, la malade expectore abondamment des crachats, légèrement teintés de sang. Le 31, la malade est reprise de frissonnements, la nuit a été très agitée, la douleur à droite a disparu et par contre un violent point de côté est accusé à gauche. A la percussion, on trouve que les 2 poumons sont submats. A l'auscultation, on perçoit, à droite, une respiration encore soufflante avec quelques râles et, à gauche, un énorme souffle siégeant

à la limite du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen du poumon. Tout le reste est rempli de râles sous-crépitants et crépitants. En avant, les lames antérieures sont prises. Le 2 Novembre, la température est montée à 40°8, il y a 140 pulsations. La dyspnée et la cyanose sont très marquées, l'état général a empiré. A gauche, on perçoit toujours l'énorme souffle tubaire qui semble occuper tout le poumon. A droite, les râles se sont accentués et on retrouve encore les vestiges du souffle primitif. L'état de la malade va en s'aggravant de plus en plus et, bien que la température ait eu plusieurs fois une tendance à baisser, elle remonte tous les 2 ou 3 jours au-dessus de 40°. Enfin, le 5 Novembre, l'agitation et le délire s'installent à demeure; seul le sommet du poumon gauche respire encore normalement et le 7 Novembre, la malade meurt.

Obs. VI. — Broncho-pneumonie pseudo-lobaire avec œdème pulmonaire. Mme Augustine C..., 41 ans. Entrée le 18 Janvier 1918, malade depuis 5 jours. Début brusque, classique. Vomissements. A l'entrée, 40° de température et 140 pulsations. A la percussion, on note de la submatité sur toute la hauteur du poumon droit et à gauche, une sonorité normale. A l'auscultation, on trouve à gauche un souffle tubaire occupant presque tout le poumon et à droite une ébauche d'égophonie et de pectoriloquie aphone. Aux 2 bases, on perçoit des râles crépitants qui, dans les jours suivants, se propagent à tout le reste du poumon et aux lames pulmonaires antérieures. Une ponction exploratrice pratiquée à droite reste blanche. Le 20, la température atteint 41°; elle retombe le lendemain à 39 degrés, puis remonte de nouveau, pour dépasser 41 degrés le 23, quelques heures avant la mort. L'expectoration de la malade était nettement hémoptoïque.

Obs. VII. — Forme foudroyante à congestion massive.

Mme Eugénie G..., 24 ans. Entrée le 3 Mars 1919. Malade depuis 3 jours. Début par frissons, nausées, céphalée et profonde asthénie. A l'entrée, 40°5 de température, pouls à 132, petit, très dépressible. La malade est assise dans son lit, en proie à une violente dyspnée. On note 48 respirations à la minute et le rythme respiratoire est interverti. Le nez est pincé, le visage est cyanotique, trémulant et comme boursouflé. Il y a un léger délire.

La toux est pénible, fréquente, parfois quinteuse.

L'expectoration, abondante, est mousseuse, aérée, sanguinolente, avec quelques crachats muco-purulents légèrement adhérents. Les bruits du cœur sont assourdis. La langue est rôtie, cyanosée, les lèvres sont couvertes de fuliginosités. L'haleine est très fétide. Les urines rares, ne contiennent pas d'albumine.

Du côté de l'appareil pulmonaire, l'inspection n'indique rien.

A la palpation, on note de l'exagération des vibrations vocales du côté gauche. A la percussion, très légère submatité aux 2 bases. A l'auscultation, on trouve un gros foyer de râles sous-crépitants à gauche et un autre foyer, plus petit, à droite. La respiration est rude aux 2 sommets où l'on perçoit des râles sibilants. Le surlendemain, les râles de congestion ont envahi les 2 poumons en entier. En avant, les lames antérieures sont prises. On n'entend presque plus les bruits du cœur et tous les symptômes ont augmenté de violence. La température se maintient entre 40°5 et 40°7. Redescendue à 40° le 5 Mars, elle remonte brusquement le 6 à 41°. La malade meurt dans la matinée, 4 jours après son entrée à l'hôpital et au 7e jour de sa maladie.

Les autopsies que nous avons pu pratiquer nous ont montré que les lésions les plus constantes sont la congestion, l'œdème et l'hépatisation. Les voies respira-

toires supérieures sont congestionnées, la muqueuse trachéale était non seulement rouge, mais, parfois, œdématiée. Dans un cas de broncho-pneumonie double, nous avons trouvé la trachée remplie de pus. Aux poumons, l'hépatisation était le plus souvent très étendue en surface et en profondeur; les morceaux prélevés et jetés dans l'eau tombaient au fond du vase. Dans d'autres cas, nous avons trouvé de petits abcès nodulaires remplis d'un pus jaune-crémeux, semi-liquide.

Parfois les zones d'hépatisation étaient disséminées au sein d'un parenchyme uniformément congestionné. Les morceaux s'enfonçaient dans l'eau, mais ne s'immergeaient pas en entier.

En somme, les lésions de broncho-pneumonie ne nous ont offert rien de particulier en dehors de leur physionomie habituelle.

Dans les cas de congestion massive et d'œdème, la turgescence des poumons était considérable et la coloration, lie de vin foncé.

A la coupe, nous obtenions un liquide abondant, séreux, de spume rosée. Aux bases, nous avons souvent remarqué des noyaux durs d'œdème compact. Les morceaux prélevés à ce niveau ne surnageaient pas comme ceux pris dans les régions où le poumon crépitait à la pression.

Du côté des plèvres, nous avons trouvé, assez souvent, des épanchements légers restés inaperçus à l'auscultation. Dans un cas, nous avons vu un exsudat verdâtre recouvrant toute la surface du poumon, sans adhérence avec la plèvre.

Les lésions des autres organes ne consistaient qu'en lésions de congestion. Le foie, la rate, les reins étaient constamment congestionnés et assez souvent, cette hyperémie se retrouvait au niveau de la muqueuse stomacale et des anses intestinales.

CHAPITRE IV

INFLUENCE DU TERRAIN ET COMPLICATIONS

Il est curieux de noter que presque tous les malades atteints par l'épidémie de grippe de 1918-1919 étaient, non seulement des *adultes jeunes*, mais aussi des *adultes bien portants et non tarés* (L. Rénon et R. Mignot : Soc. Méd. des Hôp. Séance du 11 Octobre 1918). Nous avons recherché dans le service de M. le Docteur Thiroloix, quelle influence exerçait la grippe sur l'évolution des affections chroniques préexistantes et comment cette maladie se comportait dans les cas où l'organisme était affaibli soit par des lésions antérieures, soit par un état physiologique particulier. Le plus intéressant était de voir l'influence de la grippe sur les affections pulmonaires antérieures. Au cours de la séance du 31 Janvier 1919, de la Société Médicale des Hôpitaux, M. Siredey, qui, en 1889, avait observé la gravité de la grippe chez les tuberculeux, relatait par contre l'inocuité relative de l'épidémie de 1918-1919, chez ces mêmes malades. Chez 4 de nos malades, il y

avait des symptômes nets de tuberculose en évolution et l'interrogatoire décelait des accidents dont la nature tuberculeuse ne faisait aucun doute. Trois de ces malades présentaient du reste de la laryngite chronique et chez la 4e, on voyait la cicatrice d'un ancien ganglion suppuré sus-claviculaire. Chez les 4 malades, la grippe quoique assez grave, avec foyers de broncho-pneumonie, évolua normalement et se termina par la guérison, la durée de la maladie n'ayant pas dépassé 3 semaines.

Chez les bronchitiques chroniques et surtout chez les emphysémateux, les lésions pulmonaires grippales, bien que curables, avaient cependant une tendance très marquée à persister et à s'éterniser.

Il semble donc que la grippe se comporte avec moins de gravité à l'égard des porteurs de lésions non dyspnéiques, qu'à l'égard des individus déjà précédemment gênés dans leur respiration. Et en effet, chez une malade asthmatique, à lésions minimes, la dyspnée d'emblée subintrante et la cyanose extrême firent prévoir une issue fatale qu'un accès d'asthme vint du reste précipiter.

Bien que le collapsus cardiaque soit un des aboutissants des formes graves de la grippe, cette affection s'est montrée assez bénigne chez nos malades présentant des lésions du cœur, en général post-rhumatismales. Cependant, chez l'une d'elles, ayant un double souffle aortique, la grippe a revêtu une forme hémorragique qui se termina par la mort. Dans son observation sont notés des épistaxis fréquents et une abondante hémor-

ragie vaginale. Mais, chez cette malade, l'aortite s'accompagnait depuis longtemps déjà, d'une dyspnée marquée et, par suite, ce cas rentre dans la catégorie des dyspnéiques dont nous avons parlé précédemment.

Chez une autre malade, syphilitique, la grippe a évolué d'une façon très bénigne. Enfin, nous le répétons, chez tous les malades présentant des symptômes d'intoxication alcoolique, la grippe a eu une évolution sévère, mais non fatalement mortelle. Nous pouvons en dire autant au sujet des malades obèses; ici également, la gravité de la grippe était due presque toujours à l'aggravation d'une dyspnée préexistante.

On sait quels désastres la grippe a causés dans les maternités. Il semble cependant que l'épidémie a été plus meurtrière pour les jeunes accouchées que pour les femmes enceintes. Dans notre service, nous avons observé la grippe chez huit femmes enceintes, une de 7 mois, 2 de 8 mois et les 5 autres presque à terme. Chez ces différentes malades, la grippe, plus ou moins grave, a évolué vers la guérison. Dans un cas, nous avons noté, vers la fin de la maladie, un léger assourdissement des bruits fœtaux, très ralentis et la présence d'un souffle utérin. L'accouchement a été normal chez cinq de ces malades; pour les 3 autres, nous les avons perdues de vue, après leur sortie de l'hôpital. Cette petite statistique tout à fait favorable, est en complet désaccord avec les chiffres de mortalité fournis par les maternités. Aussi, nous ne la présentons que pour compléter notre tableau.

Au cours des autopsies, nous avons remarqué la pré-

sence fréquente d'un très léger épanchement pleural et, probablement, dans bien des cas de grippe à localisations pulmonaires étendues, il devait exister de la cortico-pleurite avec légère réaction séreuse dont les signes n'étaient pas décelables à l'auscultation ou bien se trouvaient noyés au sein d'un complexus symptomatique qui les laissait passer inaperçus. Mais, chez 4 de nos malades, la complication pleurale a été très nette.

Elle est apparue assez tardivement, entre le 15e et le 30e jour de la maladie, chez des grippées présentant des foyers broncho-pneumoniques. Très insidieuse, elle s'est caractérisée surtout par la longue durée de son évolution et par son peu de tendance à la résorption. Le liquide, dans les 4 cas, était séro-fibrineux, à polynucléaires ou à lymphocytes.

En plus de notre statistique, nous nous souvenons avoir eu, dans le service, trois malades qui ont fait de la pleurésie purulente. Le pus ponctionné montrait de nombreuses chaînettes de streptocoques. Ces malades ont été passés immédiatement en chirurgie, où malheureusement nous n'avons pu suivre leur évolution.

Voici l'observation d'une de nos malades :

Obs. VIII. — Mlle Suzanne L..., domestique, 17 ans. Entrée le 1er Mars 1919. Malade depuis 5 jours. Début ordinaire avec point de côté gauche.

Rien à droite. A gauche, l'auscultation découvre un foyer de broncho-pneumonie avec râles sous-crépitants et souffle. Le 6, la température, à 40°2 lors de l'entrée, retombe à la normale et s'y maintient avec quelques petites oscillations de 2 à 3 dixièmes de degré, jusqu'au 17 Mars.

Tous les signes s'atténuent progressivement, le souffle a disparu vers le 8, l'état général semble excellent.

Le 17 Mars, la température remonte à 39°8, la malade est reprise d'un nouveau point de côté violent à gauche et, à l'examen, on note, à gauche, une matité franche, remontant assez haut et un souffle nouveau, moins intense que celui du début. Une ponction exploratrice est pratiquée, elle donne issue à quelques gouttes de liquide. On pose le diagnostic de cortico-pleurite. Puis, les signes s'amendent, la température revient à 37°4 et de nouveau reste légèrement oscillante. Le 21 Mars, la malade se plaignant à nouveau de son côté gauche, on l'envoie à la radiographie. L'examen radioscopique montre une légère obscurité de la base gauche. Les sommets sont normaux et il n'y a point d'adénopathie. Une nouvelle ponction est pratiquée le 22 et l'on recueille un peu de liquide jaune-citrin.

Puis les symptômes disparaissant et la malade se sentant mieux, on l'autorise à sortir de l'hôpital le 8 Avril.

Un mois après, le 7 Mai, la malade revient se plaignant toujours de son point de côté gauche. Les signes d'épanchement sont tellement nets que le 9, on pratique une ponction évacuatrice. On retire 1.500 centimètres cubes d'un liquide séro-fibrineux. L'examen microscopique montre de la lymphocytose. L'état général reste bon, mais la température continue à osciller et, de temps en temps, elle remonte aux environs de 39 degrés. Une nouvelle ponction est pratiquée le 27 Mai. On retire 200 centimètres cubes, le liquide n'a pas changé de nature. A partir de ce moment, les signes d'épanchement s'atténuent, le point de côté disparaît, la malade, pesée régulièrement, augmente de poids, les oscillations de la température diminuent, quoique très lentement et ce n'est que le 12 Juillet que la malade sort de l'hôpital.

Les complications pleurales de la grippe nous ont toujours fait poser un pronostic assez réservé. Elles

semblent, en effet, constituer une transition entre la grippe et l'ébauche d'une tuberculose pulmonaire. Ainsi, dans le cas ci-dessus, bien que la radioscopie n'ait rien montré de suspect, nous avons pensé à la possibilité d'un début de tuberculose et avons vivement conseillé, à la malade, une convalescence très prolongée en pleine campagne et l'abandon de ses occupations.

Dans notre service, nous n'avons pas observé de grippes à prédominance nerveuse et il semble bien que cette forme a été très rare au cours de l'épidémie de 1918-1919, contrairement à ce qui eut lieu lors de l'épidémie de 1890, ainsi qu'il en ressort des cliniques de Huchard et des rapports de Grasset, de Laveran et de Mossé au Congrès de Bordeaux en 1895. Nous avons déjà décrit la céphalée, la courbature, la rachialgie et la profonde asthénie qui caractérisaient le début de presque toutes nos grippes et qui, dans la majorité des cas, constituaient les seuls troubles nerveux présents. Dans les formes graves, nous avons noté assez fréquemment le délire. Ce délire peut se montrer dès le début de l'affection et, dans ces cas-là, il est très souvent l'indice d'une intoxication alcoolique prononcée. Il est par suite assez violent; les malades s'agitent, se lèvent et veulent à toute force s'en aller. Il y a délire et excitation, et une surveillance constante est nécessaire. Mais, dans la majorité des cas, le délire est tardif et paraît dépendre de l'hyperthermie. Son apparition assombrit le pronostic. C'est alors un délire doux, de parole surtout. Les malades bredouillent des phrases inintel-

ligibles et ne répondent plus avec lucidité aux questions qu'on leur pose. Le délire violent est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

On sait que la grippe peut hâter l'éclosion des maladies mentales, mais, plus souvent que les autres maladies infectieuses, elle peut donner lieu à des psychoses passagères, ordinairement bénignes et évoluant sans aucun rapport avec la gravité de l'infection grippale elle-même (1). Ces complications mentales se sont présentées chez deux de nos malades; nous en reproduisons ci-dessous les observations.

Obs. IX. — Mme Constance P..., 35 ans, boulangère. Entrée le 10 mars 1919. Malade depuis 3 jours. Température à l'entrée 39°8, pouls 110, irrégulier. A l'auscultation, congestion aux 2 bases. On est frappé par le profond état d'abattement de la malade que n'explique pas la bénignité de la forme grippale. La malade a allaité dernièrement et se plaint du sein gauche, qui, en effet, est volumineux, tendu et douloureux. Pendant l'interrogatoire, la malade, assise sur le lit, nous fixait continuellement avec ses yeux grands ouverts, sans expression et ne répondait qu'avec lenteur, comme si elle y mettait de la mauvaise volonté. Nous étions obligés de répéter plusieurs fois la même question avant d'obtenir une réponse. Cependant, ces réponses étaient normales et seul le son de la voix nous frappait par sa monotonie.

Le lendemain, les troubles psychiques s'accentuent, la malade refuse de répondre, son regard est toujours aussi fixe, il y a des troubles sphinctériens. Dans la journée, elle

(1) A. Lemierre. *Gazette des Hôpitaux* T. XCII, n° 12, 6 Mars 1919. Les troubles psychiques de la grippe.

cause, parle de violences reçues que démentent des personnes de sa famille. Celles-ci, du reste, sont étonnées du changement de caractère de la malade; elles ne la reconnaissent plus. En somme, il semble y avoir obnubilation intellectuelle, altération de la personnalité et confusion mentale avec hallucinations. Cet état dure environ 7 jours. Le 18 Mars, les troubles sphinctériens disparaissent et le lendemain la malade semble tout à fait transformée. Elle a une figure réjouie, elle répond très bien à toutes les questions qu'on lui pose, se rappelle fort bien de tout ce qui a précédé sa période de confusion et même, fait extraordinaire, semble se rendre vaguement compte de son état anormal récent. Les signes de congestion ont disparu vers le 16 Mars, la température est normale, l'état général bon : la malade sort le 24 guérie.

Obs. X. — Adèle L..., 24 ans, domestique. Entrée le 10 Mars 1919. Malade depuis 10 jours. A l'auscultation, on constate une double broncho-pneumonie, à prédominance gauche, chez une personne obèse, très dyspnéique et très cyanosée. Malgré le pronostic très réservé du début, les noyaux broncho-pneumoniques évoluent vers la guérison, vers le 16e jour de son entrée à l'hôpital. La malade est peu développée au point de vue intellectuel. Avant son arrivée à Paris, elle était fille de ferme. Cependant, elle répond bien à l'interrogatoire et ne présente rien d'anormal. Le 24 Mars on note un érythème analogue aux érythèmes sériques. La rougeur a été précédée par de l'œdème de la face, des sensations de raideur dans les doigts et des douleurs vagues au niveau des coudes. On examine les urines, il n'y a pas d'albuminurie. Ces légers troubles disparaissent le lendemain, puis le 26 Mars, au matin, la malade précédemment abattue et prostrée présente tout à coup de l'agitation et du subdélire. On note des mouvements choréiformes, du chant et des rires. Pendant l'interrogatoire, elle interrompt ses

réponses et se remet à chanter ou à rire. Cependant elle reste bien orientée dans l'espace et dans le temps. En somme, ses troubles se réduisent à de l'excitation maniaque avec euphorie et à du puérilisme. Le même jour, à 15 heures, sans aucune médication, la malade est redevenue calme. Les mouvements choréiformes ont disparu. Il n'y a plus de chant, ni de rires, mais un léger état d'hébétude qui persiste pendant quelques jours. La température est revenue à la normale, mais présente quelques oscillations les jours suivants. Le 4 Avril, les signes pulmonaires ont disparu, quelques râles fins persistent à la base du poumon droit. L'état général s'améliore. Il n'y a plus aucun trouble et la malade sort le 19 Avril complètement guérie.

En dehors de ces complications mentales, il faut signaler que la grippe ne provoque pas seulement de l'asthénie physique, mais aussi de l'affaiblissement intellectuel qui peut persister pendant très longtemps et dont le symptôme le plus marqué est l'amnésie presque constante. Cette perte de mémoire porte surtout sur la période qui a précédé immédiatement l'infection.

En 1830, la grippe s'est caractérisée surtout par ses phénomènes gastro-intestinaux. Nous n'avons noté qu'un seul cas dans lequel les manifestations pulmonaires s'accompagnaient de troubles prononcés des voies digestives : diarrhée persistante et vomissements fréquents. Dans les autres cas, ces troubles ne constituaient que des symptômes d'ordre secondaire.

Par contre, dans deux cas de grippe très légère, nous avons noté de l'ictère ou du subictère. Les deux malades avaient de fréquents épistaxis, les matières

étaient décolorées, les urines très foncées. Le foie était gros et douloureux. On ne notait rien d'hépatique dans les antécédents. Du reste, ces ictères furent très fugaces et ne persistèrent pas plus de 6 jours.

Du côté des reins, nous avons noté assez fréquemment une légère albuminurie passagère. Chez 6 de nos malades, cette albuminurie, plus marquée, a persisté pendant tout le cours de la maladie et, chez l'une d'elles, la néphrite aboutit à de l'anurie et à des troubles urémiques graves. Cette malade décéda au 16e jour de sa maladie. Dans les formes graves, il y avait toujours une diminution notable de la quantité des urines.

Au point de vue génital, l'épidémie de grippe a provoqué chez presque toutes nos malades des troubles plus ou moins marqués de la menstruation et consistant le plus souvent en réapparition inattendue des métrorragies au cours de la maladie. Ces troubles qui inquiétaient assez nos malades ne présentaient aucune importance et relevaient probablement de l'action congestive de l'agent grippal.

Enfin chez deux de nos malades, nous avons noté des manifestations cutanées rappelant les exanthèmes décrits par Tigri en 1867. Constitués au début par des points rouges devenant confluents et simulant ultérieurement des plaques scarlatiniformes, ces érythèmes disparaissaient pour un instant sous la pression des doigts. Ils se localisaient d'abord à la région du dos et aux cuisses, puis envahissaient le thorax et les membres supérieurs. Il n'y avait ni prurit, ni desquamation et l'éruption disparaissait au bout de 5 à 6 jours.

Comme complication tardive de la grippe, de sa convalescence plutôt que de sa période d'état, nous indiquerons l'alopécie, fréquente chez les femmes et se montrant de 55 à 80 jours après le début de la grippe (G. Thibierge. *Journal des Praticiens*, 4 Janvier 1919). Peu intense au début, la chute des cheveux devient par la suite inquiétante. Elle s'arrête environ un mois après le début de l'alopécie et un mois après, les cheveux recommencent à pousser. Cette alopécie a donc un bon pronostic, mais il ne faut pas oublier de traiter la séborrhée sèche ou grasse quand elle coexiste avec cette complication.

CHAPITRE V

TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE

En présence d'une épidémie de grippe, une médication rationnelle devrait s'attaquer : 1° au virus grippal; 2° aux microbes dont l'association aggrave la maladie. Or, jusqu'à présent, l'agent causal de la grippe n'a pu être mis en évidence.

Toute la première partie du traitement que nous avons employé était donc uniquement symptomatique. Elle s'efforçait d'abord de réagir contre l'hyperthermie et les symptômes douloureux du début, puis de combattre l'infection, de désinfecter l'organisme et enfin de juguler les premiers symptômes pulmonaires des grippes bénignes.

Nous reproduisons ci-dessous le traitement que M. le Dr Thiroloix a institué, dans son service, dès le début de l'épidémie et qui indique la conduite à tenir en présence d'un individu qui éprouve les premiers malaises et dont la température est entre 37° et 38°.

1° S'aliter, un seul grippé par chambre, et se faire soigner de préférence par un ancien grippé.

2° Matin et soir, les 2 premiers jours, puis le matin seulement les jours suivants, prendre un lavement fait avec un litre d'eau (1/2 litre pour les enfants) et 20 grammes de feuilles d'eucalyptus. *Ne pas se purger* ; s'il y a constipation, user de suppositoires.

3° Mettre matin et soir, dans chaque narine, gros comme un pois de la vaseline goménolée à 1 p. 10. Puis dans la matinée, dans l'après-midi et dans la soirée, faire des inhalations avec de l'eau bouillante et des feuilles d'eucalyptus : inhaler les vapeurs pendant 10 minutes.

4° En cas de rougeur de la gorge, de douleur et de difficulté à avaler, faire matin et soir un grand lavage de la gorge avec un litre d'eau auquel on ajoutera 6 cuillerées à soupe de liqueur de Labarraque ou d'eau oxygénée (si l'on emploie l'eau oxygénée, ajouter une bonne pincée de borate de soude et un peu d'alcool de menthe).

Si l'angine persiste ou augmente, faire toutes les 2 heures un badigeon sévère de toute la gorge avec de l'huile phéniquée à 1 p. 10.

5° En cas de toux, appliquer sur la région du larynx des compresses ou cataplasmes chauds, puis prendre matin, midi et soir, une tasse d'infusion d'eucalyptus (une feuille par tasse) sucrée avec une ou deux cuillerées à soupe de la potion suivante :

Sirop de tolu .....
Sirop de coquelicot ... } aà 100 grammes
Sirop capillaire.....

6° A douze heures et à dix-neuf heures, avec l'infusion prendre un cachet de :

Sulfate neutre de quinine.....	0 gr. 25
Aspirine.....	0 gr. 50

(Pour ne pas abuser des antithermiques, on peut remplacer ce cachet par 2 à 3 grammes de poudre de quinquina gris ou jaune délayée dans un vin sucré).

7° Appliquer chaque soir sur la poitrine, devant et derrière, des ventouses sèches une fois ou des cataplasmes sinapisés, deux fois par jour. Pour ces derniers, employer la farine de lin (3/4) et la farine de moutarde (1/4). Ajouter la farine de moutarde à la farine de lin bien cuite et ne jamais faire bouillir la moutarde.

8° S'alimenter avec lait, bouillon de légumes, infusions chaudes sucrées et légèrement alcoolisées, puis, dès la défervescence, s'alimenter rapidement en commençant par : œufs, jambon, purées de légumes, fruits cuits, confitures.

Le traitement que nous venons de citer a le grand avantage de convenir à toutes les formes de grippe. Suffisant pour les formes bénignes, il conserve toute son utilité dans les cas graves. Aussi, pourra-t-il être continué avec succès dans les formes graves, tout en étant associé à une médication plus énergique. Dans cette première phase du traitement, il faut surtout éviter tout ce qui peut contribuer à augmenter la dépression du malade.

Or, à ce point de vue, nous avons remarqué que les purgations et l'abus des antithermiques en affaiblissant

l'organisme, augmentaient la virulence de l'infection et agissaient nocivement sur le cœur.

Dans les formes graves, la dépression nerveuse et l'asthénie jouent un très grand rôle. Nous leur avons opposé tout ce que la médication classique sthénique pouvait nous offrir. Les meilleurs résultats nous ont été fournis par les injections d'huile camphrée seule ou d'huile camphrée éthérée. Nous les avons employées à doses fortes et répétées, jusqu'à 20 centimètres cubes par jour. Quelquefois nous y ajoutions une injection journalière de sulfate de spartéine, à dose de 0 gr. 05 par jour. Contre l'asthénie, nous avons employé surtout l'adrénaline, dont nous donnions 30 gouttes par jour, d'une solution de chlorhydrate au millième, et, parfois la strychnine, à dose de 0 gr. 002 de sulfate neutre par jour.

Enfin, dans tous les cas où il nous a paru que le cœur menaçait de flancher, nous avons eu recours à la digitale, en l'administrant de préférence par petites doses prolongées, par 3 ou 5 gouttes, chaque jour, jusqu'à 50 gouttes. Dans d'autres cas, ou, chez des malades ayant déjà eu de la digitale, nous avons employé le strophantus en granules dosés à 1/10e de milligramme de strophantine, à raison de 2 granules par jour.

Il est notoire que l'alcool, à petites doses, n'est pas à dédaigner au cours d'une épidémie de grippe, dans son rôle de stimulant général. C'est sous la forme de potion de Todd, avec adjonction d'acétate d'ammoniaque, que nous l'avons employé dans presque tous les cas.

Dans les formes pulmonaires graves, nous avons eu

recours aux ventouses scarifiées, nombreuses et répétées. Ayant pratiqué la saignée, dans quelques cas graves, tout au début de l'épidémie, et ayant constaté la mort de nos malades dans les 2 ou 3 heures qui avaient suivi cette intervention, nous avons préféré la remplacer par les ventouses scarifiées, à raison de 10 ou 12 scarifications journalières. Il nous a semblé que cette médication était moins dangereuse en ne faisant pas subir les risques d'une perte de sang trop brutale, à des malades ordinairement en hypotension.

Contre les associations microbiennes, nous avons employé les sérums antipfeiffer, antipneumococcique et antistreptococcique. Dans certains cas, nous avons employé ces 3 sérums simultanément, en injections intramusculaires, à doses de 20 centimètres cubes chaque, mais, dans la majorité des cas, nous n'avons employé que l'antipneumococcique, à dose de 40 centimètres cubes à la fois, pendant 3 jours. Nous avons également employé le vaccin G, préparé à l'Institut Pasteur avec le pneumocoque, le streptocoque, le Pfeiffer et le micrococcus aureus. Après avoir dilué ce vaccin au 1/100e, nous en injections des doses de 1 centimètre cube pendant les 5 premiers jours, sous la peau de la région de l'avant-bras. Les injections étaient en général douloureuses le premier jour, surtout dans les formes peu graves. Dans des cas très graves, nous sommes allés jusqu'à injecter 1 centimètre cube de ce vaccin G, non dilué, sans avoir d'accident. Mais les résultats obtenus n'ont pas été très affirmatifs. Il semble qu'il y ait dans les formes graves une limite, au delà de laquelle les vac-

cins et les sérums plus ou moins spécifiques n'ont plus aucune action. Quant au vaccin antipneumococcique, si sa valeur est discutable au point de vue curatif, il est certain qu'injecté primitivement, il constitue la meilleure arme à opposer aux complications pulmonaires. Contre l'infection même, nous avons délaissé les métaux colloïdaux dont les réactions sont par trop violentes. Seul le lantol a été employé et semble avoir eu un résultat favorable. Nous avons également obtenu quelques succès avec l'argent colloïdal appliqué en pommade sur les mollets et sous les genoux, selon la formule suivante :

Argent colloïdal.....	1 gr. 50
Lanoline	aà 4 grammes
Vaseline.....	

Mais les meilleurs résultats ont été obtenus par les *injections intra-musculaires de lait bouilli, filtré froid et stérilisé à 110°*, que M. le Docteur Thiroloix a mises en pratique dans son service, dès le début de l'épidémie, en Août 1918.

Dès cette date, tout malade soupçonné de grippe recevait, à son entrée, une injection de 5 ou 10 centimètres cubes de lait et ces injections étaient répétées jusqu'à ce que la défervescence ait été obtenue, à intervalles plus ou moins espacés. Cette médication, n'offrant pas le moindre danger, nous a paru activer la défervescence (en 2 ou 3 jours) et diminuer véritablement la gravité de la forme. Dans certaines formes traînantes, l'injection de lait, en ramenant la tempéra-

ture à la normale semblait véritablement déclancher la guérison. Au lait pur a été substitué par la suite le *lait peptoné, à raison de 50 grammes de peptone par litre de lait* et toujours en injections de 5 ou 10 centimètres cubes, dans la fesse.

Enfin les abcès de fixation, provoqués par l'injection sous-cutanée, à la région antéro-externe de la cuisse, de 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine, nous ont semblé constituer, dans plusieurs cas, non seulement un élément de pronostic, mais aussi un agent leucogène de premier ordre.

En ce qui concerne les complications, à part l'urotropine dans les cas d'anurie, il y a peu à dire, les complications suivant généralement l'évolution de la grippe ou comportant des indications trop en dehors de notre sujet. Nous voulons seulement ajouter ici que dans les cas d'alopécie, nous avons eu recours au traitement de M. le Docteur Sabouraud, c'est-à-dire que pour activer la repousse des cheveux, nous faisions frictionner le cuir chevelu, chaque jour 10 minutes, avec une brosse demi-dure mouillée dans la solution suivante :

Alcoolat de lavande.....
Acétone anhydre ..... aâ 30 grammes
Eau distillée .....

Nitrate de potasse..... aâ 0 gr. 40
Nitrate de pilocarpine ....

Alcool à 90°, q. s. pour 300 cent. cubes.

La grippe est une maladie extrêmement contagieuse, tant dans sa forme virulente que dans sa forme la plus bénigne. Il semble que la porte d'entrée soit la voie aérienne, mais il ne faut pas oublier l'apport des agents infectieux dans les voies digestives par les aliments contaminés. Le virus grippal est certainement transmissible directement, d'homme à homme, les contagions de lit à lit, à l'hôpital, en sont une preuve.

Or la grippe épidémique est une maladie très grave par sa grande contagiosité et par la mortalité élevée à laquelle elle donne lieu. *Il est donc absolument urgent, selon nous, de la considérer comme une maladie nécessitant des mesures sévères de prophylaxie.* Dès qu'une ébauche d'épidémie sera signalée, il sera bon de prescrire l'isolement des grippés. Il serait préférable de pouvoir isoler, à l'hôpital, les formes elles-mêmes de la grippe, de mettre à part les cas bénins et dans une autre salle les formes pulmonaires sévères.

Le vaccin antipneumococcique injecté préventivement, à chaque individu suspect de grippe, constituera une des meilleures armes contre l'association microbienne. Il sera bon également de prescrire la désinfection du malade et de son entourage, la désinfection des voies aériennes par le goménol et l'eucalyptus, comme celle des mains, avant chaque repas, par un lavage minutieux. Pour éviter la contamination par voie digestive, il sera bon d'éviter les crudités, les salades et les fruits, pendant toute la période de l'épidémie.

Enfin M. le Professeur Bezançon a signalé dans son

rapport le danger de l'encombrement dans les salles mal aérées. Interdire les réunions, désinfecter les moyens de locomotion en commun, voilà deux mesures faciles qui ne contribueront pas peu à éviter le retour de ce que l'épidémie de 1918-1919 nous a rendus témoins.

CONCLUSIONS

1° La grippe épidémique est une affection microbienne, dont l'agent causal n'est pas encore connu. Elle se caractérise par sa contagiosité massive et rapide, par la prédominance et la constance de ses symptômes pulmonaires et par le fait qu'elle semble créer une immunité tout au moins temporaire.

Elle semble donc constituer une entité morbide nettement différente de la grippe saisonnière, et par contre tout à fait identique à la symptomatologie décrite au cours des épidémies grippales antérieures.

2° La grippe épidémique diffère aussi de la grippe saisonnière par le pronostic qu'elle comporte et dont la gravité est en rapport avec la symptomatologie pulmonaire.

3° La grippe est, avant tout, une maladie congestive et asthénique. Le virus grippal peut, à lui, seul déterminer les lésions pulmonaires sans intervention des agents d'infection secondaire.

4° La gravité dépend de l'étendue des lésions plus que de leur nature. La perception des râles d'œdème dans les languettes pulmonaires antérieures est un signe d'extrême gravité.

5° La forme la plus fréquente, c'est la broncho-pneumonie grippale à noyaux disséminés. Les formes le plus souvent mortelles sont : la congestion œdémateuse bronchoplégique massive et la broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

6° La grippe a frappé de préférence des sujets jeunes, non tarés.

7° Les complications pleurales ont été les plus fréquentes. Les autres complications se répartissent en : nerveuses, mentales, gastro-intestinales (rare), hépatiques, rénales, génitales, cutanées et du cuir chevelu.

8° La précocité du traitement influe sur la bénignité de l'affection. Point de médication spécifique, mais médication symptomatique.

9° Les meilleurs résultats nous ont été donnés par les injections intra-musculaires de lait peptoné et par l'emploi préventif du vaccin anti-pneumococcique.

10° La grippe épidémique, maladie grave, transmissible directement, commande des mesures sévères de prophylaxie.

Vu : le Président,
F. BEZANÇON

Vu . le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
POINCARÉ

Coulommiers. — Imprimerie Dessaint et C^ie^.